THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1933 N° 2

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

ROSENSTEIN FANIA

Ancien Médecin-Assistant
de l'Hôpital des Mines et Forges d'Algrange (Moselle)

née le 18 août 1906 à Wilno (Pologne)

Contribution à l'étude des métrorragies

(en particulier après la ménopause)

L'importance diagnostique de l'examen histologique après curetage et sa valeur quant aux indications thérapeutiques

Président: M. le Professeur GERY

1933

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1933 N° 27

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

ROSENSTEIN FANIA

Ancien Médecin-Assistant
de l'Hôpital des Mines et Forges d'Algrange (Moselle)

née le 18 août 1906 à Wilno (Pologne)

Contribution à l'étude des métrorragies

(en particulier après la ménopause)

L'importance diagnostique de l'examen histologique après curetage et sa valeur quant aux indications thérapeutiques

Président: M. le Professeur GERY

1933

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	MERKLEN ✲ ⚜ I.
Assesseur		NICLOUX ✲ ⚜ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⚜ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⚜ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⚜ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⚜ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⚜ I. AMBARD ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale		SORREL ✲ ⚜ I. STOLZ ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⚜ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⚜ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ✲ ⚜ I.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		BLUM (Paul) O. ✲ ⚜ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
GERY ⚜ I.
MM. FONTES ⚜ A.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⚜ A.
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜ A.
HANNS ✲ ⚜ A.
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.
MM. KREIS ⚜ A.
LARROUSSE ⚜ A.
REISS
SIMON ✲ ⚜ A.
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. MEYER M. ⚜ A., ROEDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A MON PÈRE

et

A MA MÈRE

à qui je présente ici un très faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance filiale.

A MES SŒURS

A MON BEAU - FRÈRE

MEIS ET AMICIS.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,

M. LE PROFESSEUR GERY,

Diecteur p. i. de l'Institut d'Anatomie Pathologique de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

à qui je dois le sujet de cette thèse dont il me fait le grand honneur d'acepter la présidence, qui nous a initiée, à l'anatomie pathologique, n'a jamais cessé de nous encourager et nous a guidée de ses conseils éclairés,
en faible témoignage de notre grande et respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE, MONSIEUR LE PROFESSEUR REEB,

Professeur de la Clinique Gynécologique et d'accouchement,

qui ne nous a pas ménagé ses avis précieux, avec l'expression de notre reconnaissance profonde, pour les nombreux documents qu'il a bien voulu mettre à notre disposition pour ce travail.

A NOS JUGES

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR PHILIPPE BELLOCQ,
Professeur à la Faculté de Médecine

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE DOCTEUR LARROUSSE
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

A TOUS NOS AMIS
DE L'INSTITUT D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER.

INTRODUCTION.

L'idée première de notre thèse nous est venue au cours de nos passages à l'Institut d'Anatomie pathologique de Strasbourg. Les examens histopathologiques de produits de curetage en cas de suspicion de cancer intra-utérin y sont, comme partout, des plus fréquents. Il nous parut que la proportion des résultats confirmant le cancer étaient relativement faible et ne concordait nullement avec l'affirmation si catégorique du Prof. Jean-Louis FAURE (13): «Lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître d'une façon continue des écoulements de sang, il y a neuf chances sur dix, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dûs à un cancer du corps utérin».

Nous n'avons pas voulu rester sur une impression; nous avons voulu la soutenir par des chiffres, seuls valables en l'affaire. Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher les statistiques déjà publiées, de les discuter, de nous efforcer d'expliquer les divergences qui, dès le début de nos recherches bibliographiques, s'avérèrent grandes entre elles. Nous y joignons deux statistiques inédites portant sur des chiffres assez considérables. Les conclusions se déduiront d'elles-mêmes de ces documents.

Grâce à la grande obligeance de nos maîtres, MM. les Prof. REEB et Louis GERY, nous avons pu puiser dans de riches archives. Nous donnerons séparément ces deux statistiques; en effet, le matériel trouvé dans chacun de ces deux services provient de sources très différentes; à la Clinique gynécologique de la Faculté de Médecine (Prof. REEB), le matériel est comparable à celui

du Prof. Jean-Louis FAURE, qui motiva l'impression formulée par lui ; c'est le matériel d'une clinique spécialisée ; toutes les femmes qui l'ont fourni ayant été examinées par un gynécologue.

Au contraire, à l'Institut d'Anatomie pathologique de Strasbourg (Prof. Louis GÉRY), le matériel est tout autre ; il provient le plus souvent de médecins-praticiens ; c'est le matériel qui répond le mieux aux cas de pratique courante ; les malades qui l'ont fourni n'ont pas été «sélectionnées» par la consultation du spécialiste ; de plus, il a été envoyé par de très nombreux médecins, de lieux très divers, sans doute le plus souvent d'un point quelconque de l'Alsace ou de la Lorraine, mais également aussi d'autres localités. Il représente donc à nos yeux, une *moyenne*.

En publiant séparément nos deux statistiques, nous répondons par avance à une objection qu'on aurait pu nous faire : celle de comparer des chiffres n'ayant rien de comparable ; on pourrait soutenir en effet que le matériel fourni par de multiples praticiens non gynécologues est trop différent de celui d'une clinique spécialisée et que les malades sont mieux examinées dans celle-ci que par ceux-là. L'objection n'est pas fondée, comme nos chiffres le démontreront ; on pourrait au contraire soutenir, sans aucun paradoxe, que ce sont les médecins les plus avertis et les plus prudents qui curettent le plus précocement et le plus systématiquement et qui demandent le plus d'examens au laboratoire, ... ce qui ne veut pas dire que nous pensons que l'examen clinique est sans valeur et négligeable ; les deux modes d'exploration ne sont inutiles ni l'un ni l'autre ; on doit les employer l'un et l'autre, en collaboration, pour ainsi parler.

Bien que l'objection possible dont nous parlons ne soit pas fondée ,nous sommes cependant heureuse de pouvoir donner la statistique d'une grande clinique gynécologique, par conséquent établie sur un matériel comparable à celui utilisé par les tenants de la thèse que nous combattons. On verra que le pourcentage de cancers dans les métrorragies post-climactériques n'a rien de commun, dans nos deux statistiques, avec la quasi-totalité affirmée par certains auteurs.

Notre travail a pour but d'établir ces divergences d'opinions, de chercher les raisons de ces divergences et de découvrir de quel côté se trouve la vérité.

Dans cette thèse, nous avons eu le désir de nous maintenir dans un domaine essentiellement pratique. Si notre prétention était d'établir une doctrine devant dicter la conduite du praticien et du gynécologue, nous voudrions qu'elle se créât d'elle-même de la constatation de faits exposés sans idée préconçue et interprétés le moins possible. Les conclusions que nous tirerons devront découler tout naturellement de ce que nous aurons exposé impartialement et pourront en fait se résumer en quelques chiffres.

Tout d'abord, nous pensons qu'il sera utile de mentionner les publications antérieures que nous avons retrouvées dans une littérature particulièrement abondante.

Le chapitre suivant sera entièrement consacré à nos deux statistiques personnelles. Ensuite, nous nous efforcerons, en toute impartialité, de confronter ces documents, de les expliquer et d'en tirer un enseignement.

Mais nous ne voulons pas aller plus loin dans notre exposé sans exprimer nos sentiments de profonde reconnaissance envers nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Strasbourg et notamment envers ceux qui ont guidé nos recherches et ont bien voulu mettre à notre disposition les documents inédits provenant de leurs importants services.

CHAPITRE II.

LES DIFFÉRENTES OPINIONS ÉMISES CONCERNANT LA FRÉQUENCE DU CANCER DU CORPS UTÉRIN, EN PARTICULIER APRÈS LA MÉNOPAUSE.

Nous estimons pouvoir être brève sur la question du cancer du corps utérin pendant la période génitale active. Là, point de divergence d'opinions; tout le monde est d'accord pour admettre que le cancer du corps utérin est relativement rare chez les femmes encore réglées, que les symptômes apparaissent sans doute plus tardivement, que son diagnostic est plus difficile; nous ne pensons pas forcer l'opinion des auteurs si nous écrivons que tous admettent l'importance et la nécessité de l'examen histologique des produits du curetage dans ces cas.

J.-L. FAURE lui-même insiste sur le fait de la ménopause et limite soigneusement son affirmation aux écoulements sanguins anormaux survenant «lorsque la femme n'a plus ses règles».

Nous n'avons pas recherché spécialement les statistiques de cancer du corps utérin avant la ménopause; nous n'en avons pas trouvé au cours de nos recherches de travaux sur le cancer après le retour d'âge. Nous donnerons nos statistiques personnelles séparées suivant ces deux périodes; on verra qu'elles ne contredisent nullement l'opinion classique sur la rareté du cancer corporéal opposée à la fréquence du cancer cervical au-dessous de cinquante ans.

La litérature que nous avons trouvée sur le cancer corporéal après la ménopause est assez riche. Nous nous bornerons à résumer ici les principaux travaux parmi les plus récents. On ne peut

manquer d'être frappé des énormes écarts de fréquence qu'on y peut relever; nous essayerons de les expliquer.

Commençons par les travaux concluant à un très fort pourcentage de cancer corporéal comme cause des hémorragies après la ménopause:

Tixier, Pollosson et Gouillioud (20) estiment que sur 100 femmes ayant des pertes de sang après la ménopause et n'ayant pas de cancer du col, 90 ont un cancer du corps. Ils ne donnent aucun chiffre.

Le problème est donc posé, — et résolu, — exactement de la même façon que par Jean-Louis Faure.

Tietze et Cl. Mayer (24) dans 211 cas d'hémorragie après la ménopause, trouvent 110 cancers de l'utérus (corps et col), soit 57%. (Ils donnent 40 cancers, soit 24,2%, sur 165 femmes ayant des métrorragies durant la ménaupose).

Adler (25), sur 319 femmes, trouve 55 % de cancer.

Ducuing (27), sur 326 cas, rencontre 92% de cancers de l'utérus, dont 57% du corps.

Zweifel et Erwin (11) ne donnent que des pourcents; ils ont divisé leurs observations en trois groupes:

1) — ménopause ayant eu lieu au moins un an auparavant: 87%;
2) — « « « « 4 mois « 89%;
3) — période climactérique.....36%

Par opposition avec ces chiffres élevés, nous en trouvons d'autres qui le sont beaucoup moins.

Schiffmann (10) 27,4% de cancers du corps sur 51 cas.

Muret (1), en 28 ans de pratique, a rencontré 312 métrorragies après la ménopause, fournissant 13,46% de cancers du corps, et 11,86% de cancers du col.

Benthin (3) estime à 10% des métrorragies après la ménopause celles qui sont dues au cancer de l'utérus; dans les 90% des cas, les hémorragies proviennent de tumeurs de l'ovaire ou de lésions utérines non cancéreuses.

STIERLIN (17) : 654 curetages exporateurs pour suspicion de cancer ont donné 8,6% de résultats positifs.

P. BURGER (28) vient de publier une statistique tout particulièrement intéressante pour nous, parce qu'elle va nous fournir des termes de comparaison très utiles avec nos chiffres ; en effet, les cas qui la lui ont fournie proviennent de la même région et en partie de la même époque (1929-1932) que ceux qui nous ont servi à nous-même.

Sur 90 femmes ayant passé la ménopause et pour lesquelles les métrorragies ont commandé un curetage explorateur, il a trouvé, dans les documents de l'Ecole des Sages-Femmes de Strasbourg, 30 cancers du col (33,333%), 14 du corps (15,55%), 2 du vagin et de la vulve (2,22%), et 4 (4,44%) des ovaires ou de la trompe, 3 (3,33%) sarcomes de l'utérus, 1 métastase utérine d'un épithélioma ovarien (1,11%) et 34 (37,77%) d'affections bénignes.

Si, pour suivre les données de Jean-Louis FAURE, il déduit les cancers du col, du vagin et de la vulve, il lui reste 24,13% d'épithéliomas du corps, 13,78% d'autres affections cancéreuses de l'utérus ou du reste de l'appareil génital, 58,62% de lésions bénignes. Nous voici loin des 10% d'affections bénignes de TIXIER, POLLOSSON et GUILLOUD, de Jean-Louis FAURE, des chiffres de DUCUING.

Comment peut-on expliquer une telle différence ?

Les causes sont multiples. Il y en a une qui est évidente : plusieurs des partisans de la thèse du cancer comme cause presque unique des métrorragies climactériques ne citent pas de chiffres (Jean-Louis FAURE, TIXIER, POLLOSSON et GOUILLIOUD) ; ce sont des approximations tirées de souvenirs, de simples impressions. Il est bien évident que ces impressions sont trompeuses, quelque soit la valeur et l'expérience du savant qui se fie à elles ; il est bien évident que le gynécologue gardera une impression plus forte et un souvenir plus durable de la malade qu'il aura hystérectomisée que de celle qui n'aura fait que passer dans son cabinet ou à sa consultation d'hôpital. Tous ceux qui ont fait des statistiques ont

dû constater combien le chiffre effectivement trouvé était souvent différent de celui qu'on croyait trouver.

Parmi les statistiques à fort pourcentage de cancer, on en trouve où ce pourcentage tombe au-dessous de 60% (TIETZE et Cl. MEYER, ADLER); ce n'est déjà plus une proportion tellement forte qu'on puisse ne pas tenir compte des cas non malins, presque aussi nombreux que les autres.

Avec ZWEIFEL et ERWIN, nous revenons au pourcentage de 90%; mais ces auteurs ne donnant pas de chiffres absolus, nous ne savons pas s'ils ont recueilli un nombre de cas suffisant pour donner du poids à leur conclusion.

Reste la statistique de DUCUING. Une explication se présente à l'esprit, qui s'applique également aux travaux de Jean-Louis FAURE, de TIXIER, POLLOSSON et GOUILLIOUD, et sans doute à d'autres. Leurs cas ne comportent pas toutes les hémorragies post-climactériques sans exception; ce sont des cas déjà triés et sélectionnés soit par les praticiens qui les ont vus auparavant, soit par les services de consultation; le diagnostic de la cause cancéreuse des métrorragies a déjà été porté et les malades ont été adressées avec un but thérapeutique tant au centre anticancéreux qu'au chirurgien.

Nous ne pensons pas possible que les faits soient différents d'une ville à l'autre; s'il y a des divergences entre les statistiques, c'est quelles ne sont pas faites avec des éléments comparables. Si certains chirurgiens trouvent cancéreux 90% des utérus qu'ils ont enlevés pour métrorragies post-climactériques, alors que des statistiques sincères donnent un pourcentage incomparablement moindre, c'est qu'on compare des incomparables: d'un côté, il y a des métrorragies sélectionnées et diagnostiquées cliniquement, de l'autre, *toutes les métrorragies*, sans distinction, — ce qui est du reste en conformité avec les termes du problème posé par Jean-Louis FAURE et ses partisans; c'est ces derniers qui ne se conforment pas aux conditions qu'ils ont eux-mêmes posées.

Il est très possible d'ailleurs qu'ils le fassent sans s'en rendre compte; mais, chez ces savants éminents et d'immense expé-

rience, les diverses opérations de l'esprit qui aboutissent au diagnostic clinique sont tellement rapides et faciles qu'elles en deviennent spontanées; c'est leur «coup d'œil clinique» qui obtient une sélection des faits sans qu'ils en prennent pleinement conscience; il ne reste qu'à admirer la précision de leur diagnostic, sans vouloir exiger de la majorité des médecins une sûreté aussi infaillible.

Et puis, même si la proportion des femmes saignant après la ménopause sans être cancéreuses était réellement réduite à 10 ou 12%, faudrait-il ne pas tenir compte de ces malheureuses et pratiquer sur elles l'hystérectomie d'emblée? Sans parler des douleurs morales et physiques et de l'angoisse qu'entraîne une hystérectomie, il n'en reste pas moins que celle-ci n'est pas inoffensive; les meilleures statistiques avouent une mortalité d'au moins 10%; par conséquent, sur ces dix infortunées, il y en aura au moins une, en moyenne, qui mourra et dont la mort, inutile, aurait été évitée par la seule abstention. Et encore à condition que la malice du destin ne fasse pas porter plus lourdement la mortalité opératoire sur les non cancéreuses que sur celles pour lesquelles l'hystérectomie était nécessaire!

CHAPITRE III.

STATISTIQUES PERSONNELLES.

Nous donnons séparément les statistiques des deux établissements qui nous ont fourni nos documents, et cela pour plusieurs raisons; la première, que nous avons déjà dite, parce que ces documents proviennent de recrutements différents et qu'il sera intéressant de confronter leurs résultats, lesquels a priori peuvent ne pas être semblables; ensuite, parce qu'ils n'ont pas été recueillis dans des conditions identiques (ils sont notamment beaucoup plus complets à la Clinique Gynécologique qu'à l'Institut d'Anatomie pathologique, lequel a dû se contenter de ceux qui lui étaient envoyés du dehors). Ajoutons que les deux services sont complètement indépendants l'un de l'autre et que les diagnostics y sont faits par des histologistes complètement différents.

1. — Statistique de l'Institut d'Anatomie pathologique.

Nous avons recueilli soigneusement tous les diagnostics qui ont été demandés à l'Institut d'Anatomie pathologique sur les curetages envoyés avec un but diagnostique. Nous avons éliminé seulement ceux pour lesquels le diagnostic clinique d'avortement était soupçonné ou établi, et ceux où le clinicien avait pratiqué une biopsie pour un cancer du col qu'it avait reconnu et dont il demandait au laboratoire seulement la détermination de la variété histologique du cancer. Il ne nous reste donc que les cas pour lesquels le microscope devait établir s'il s'agissait ou non de cancer

du corps utérin. On trouvera dans nos statistiques un certain nombre d'épithéliomas pavimenteux; ce sont ou bien des cancers intracervicaux, ou bien des cancers corporéaux métaplasiques; ils proviennent tous de curetages et non de biopsies du col. En pratique, on ne peut pas les séparer des cancers intra-utérins.

Notons en passant que nous n'avons pas voulu les éliminer en arguant qu'ils sont, au moins le plus souvent, canalaires et que par conséquent ils ne sont pas corporéaux au sens strict; ils alourdissent de façon appréciable nos statistiques et le pourcentage des femmes qui n'ont aucun cancer augmenterait, si on ne laissait que les épithéliomas cylindriques.

Les envois faits au laboratoire ne sont pas toujours accompagnés de renseignements suffisants; il n'est pas toujours fait mention explicite de métrorragies; nous n'en avons pas tenu compte, parce que nous estimons que le symptôme qui commande le curetage explorateur est la perte de sang; s'il y a, dans nos chiffres, des cas qui ne saignaient pas, ils ne peuvent être qu'en nombre tellement infime qu'il est négligeable.

Un renseignement indispensable et qui cependant nous a fait très souvent défaut est celui de l'âge de la malade. Pour cette raison nous donnerons notre statistique en trois fois:

a) Statistique totale, de tous les cas qui sont parvenus au laboratoire, même sans indication d'âge; nous n'avons éliminé que ceux où le diagnostic d'avortement était porté de façon plus ou moins assurée par la clinique; naturellement, nous n'y comprenons pas les biopsies du col utérin;

b) Statistique des curetages chez des femmes dont nous connaissons l'âge, mais n'ayant pas dépassé la ménopause, ou bien n'ayant pas atteint 50 ans. Cette statistique, bien que n'entrant pas dans le cadre précis de notre thèse, a cependant un réel intérêt comparatif;

c) Statistique des femmes dont il était spécifié qu'elles avaient dépassé la ménopause (c'est une infime minorité), ou bien ayant atteint au moins 50 ans. Evidemment, parmi ces dernières, nous ne sommes pas sûre qu'aucune n'était plus réglée; il y a là une

cause d'erreur que nous ne nous dissimulons pas; mais il nous semble qu'elle doit être minime et qu'elle doit être plus que compensée par les femmes ménopausées avant la cinquantaine et qui n'ont pas été comprises dans notre statistique; si bien que le pourcentage peut être tenu pour exact.

a). — Nombres totaux portant sur tous les curetages explorateurs adressés à l'Institut d'Anatomie pathologique.

Ces chiffres ont été recueillis entre le 1er Janvier 1919 et le 31 Décembre 1932; durant ces quatorze années, il a été pratiqué un peu plus de 22.000 examens histologiques les plus divers. Les examens de curetage sont donc parmi les plus fréquemment demandés.

Résultat de l'examen histologique	Nombre absolu	%
Epithéliomas cylindriques	150	11,12
Epithéliomas pavimenteux stratifiés	71	5,26
Suspects de cancer	23	1,70
Affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasies, etc.)	983	72,86
Muqueuse déciduale (avortement, grossesse ectopique, etc.)	83	6,15
Divers	21	1,55
Prélèvements inutilisables	17	1,26
Total	1349	99,9

Les cas intitulés divers comprennent:

Tuberculose	5
Môles	3
Môle suspecte de transformation maligne	1
Chorio-épithéliomes	3
Sarcomes	3
Epithélio-sarcomes	2
Epithélioma cylindrique coexistant avec un sarcome	1
Epithéliomas considérés comme secondaires	3

En résumé, même en comptant les tuberculoses et les môles parmi les affections justiciables de l'hystérectomie, même en laissant avec les cancers avérés les cas suspects et ceux pour lesquels le prélèvement n'a pas permis un diagnostic valable, les causes de métrorragies, à tout âge, pour lesquels l'hystérectomie était indiscutablement contrindiquée se montent à 1.066, soit 79,01%.

b). — Statistique des curetages explorateurs pratiqués sur des femmes n'ayant pas dépassé la ménopause ou n'ayant pas atteint l'âge de 50 ans.

Résultat de l'examen histologique	Nombre absolu	%
Epithéliomas cylindriques	31	4,84
Epithéliomas pavimenteux stratifiés	31	4,84
Suspects de cancer	12	1,87
Affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasies, etc.)	511	79,68
Muqueuse déciduale (avortements, grossesses ectopiques, etc.)	46	7,18
Divers	7	1,09
Prélèvements inutilisables	2	0,31
Total	640	99,81

Qu'on ne s'étonne pas de trouver, dans cette statistique de femmes relativement jeunes, un nombre de cancers cylindiques exactement égal à celui des cancers pavimenteux; nous répétons que nous avons éliminé tous les prélèvements envoyés comme cancers du col; il ne reste ici que les curetages, c'est-à-dire les cancers intra-utérins, corporéaux et «canalaires».

Les cas intitulés «divers» comprennent:

Tuberculose	2
Môle	1
Chorio-épithéliomes	2
Epithélio-sarcomes	1
Epithélioma considéré comme secondaire	1

Ici, les métrorragies certainement non justifiables de l'hystérectomie montent à 86,86% ; mais cette constatation ne surprendra personne ; elle est, croyons-nous, conforme à l'opinion admise.

Il aurait été intéressant de séparer les hémorragies d'avant la ménopause des métrorragies climactériques ; mais nos documents ne nous le permettent pas.

c). — Statistique des curetages explorateurs pratiqués sur des femmes ayant dépassé la ménopause ou âgées de 50 ans au moins.

Résultat de l'examen histologique	Nombre absolu	%
Epithéliomas cylindriques	84	27,45
Epithéliomas pavimenteux stratifiés	21	6,86
Suspects de cancers	7	2,28
Affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasies, etc.)	174	56,86
Muqueuse déciduale (avortements, grossesses ectopiques)	6	1,96
Divers	7	2,28
Prélèvements inutilisables	7	2,28
Total	306	99,97

Les cas intitulés «divers» comprennent :

Tuberculose	1
Epithélio-sarcome	1
Sarcomes	3
Cancers considérés comme secondaires	2

Dans ce groupe de femmes ayant des métrorragies après l'âge de la ménopause, celles-ci étaient dues à des causes certainement non justiciables d'une hystérectomie dans 180 cas, soit 58,82%.

On ne manquera sans doute pas de relever chez des femmes de cet âge le nombre relativement élevé d'hémorragies liées à une gravidité, près de 2%. Il est inutile d'ajouter que, dans ces six cas, aucun n'avait été soupçonné par le médecin-traitant.

2. — Statistique de la Clinique Gynécologique.

Les documents provenant de la Clinique gynécologique présentent sur ceux de l'Institut d'Anatomie pathologique la grande supériorité d'être beaucoup plus complets; toujours, nous avons trouvé l'âge des malades et l'indication précise du rythme menstruel et, quand elle avait eu lieu, celle de la ménopause. Par conséquent, il n'y a pas de statistique correspondant à la statistique «a» de l'Institut d'Anatomie pathologique.

b). — Statistique des curetages explorateurs pratiqués pour métrorragies survenues avant la ménopause ou au cours de celle-ci.

Résultat de l'examen histologique	Nombre absolu	%
Epithéliomas cylindriques	8	0,71
Epithéliomas pavimenteux stratifiés	67	5,91
Suspects de cancer	17	1,50
Affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasies, etc.)	910	80,45
Muqueuse déciduale (avortements, grossesses ectopiques)	126	11,14
Divers	3	0,26
Total	1131	99,96

c). — Statistique des curetages explorateurs pratiqués pour métrorragies survenues un an au moins après la ménopause.

Résultat de l'examen histologique	Nombre absolu	%
Epithéliomas cylindriques	96	18,82
Epithéliomas pavimenteux stratifiés	59	11,56
Suspects de cancer	7	1,35

Affections bénignes (métrites, polypes, hyperplasies, etc.)	339	66,47
Muqueuse déciduale	2	0,39
Divers	7	1,35
Total	510	99,94

Les cas intitulés «divers» comprennent:

Tuberculose	3
Chorio-épithéliome	1
Sarcomes	2
Epithélioma considéré comme secondaire	1

Dans ce groupe de femmes présentant des métrorragies un an au moins après la ménopause, ces métrorragies étaient dues à des causes certainement non justifiables de l'hystérectomie dans les deux tiers des cas, à peu près exactement (66,86%).

CHAPITRE IV.

DISCUSSION.

Les chiffres que nous venons de donner s'opposent brutalement à la thèse soutenue par plusieurs gynécologues, à savoir que, chez les femmes ayant dépassé la ménopause, le curetage explorateur est plus nuisible qu'utile en cas de métrorragies, celles-ci étant presque constamment dues à un cancer utérin, et que ce cancer est corporéal ,s'il n'est pas cervical. Cela revient à dire que toute métrorragie après la ménopause commande l'hystérectomie.

Les statistiques intégrales portant sur la pratique d'un nombre d'années important démontrent, de façon irréfutable à notre avis, que les cancers utérins, cervicaux et corporéaux, ne sont pas seuls en cause. Nous ne pouvons pas donner de précisions sur toutes les affections bénignes locales (métrites, polypes fibreux ou muqueux, pseudo-métrite hyperplasique, sans doute d'origine dysovarique, — en négligeant les myomes,reconnus cliniquement comme tels, le plus souvent, — et la tuberculose, pour laquelle l'hystérectomie peut être justifiée), ovariennes (dysovarie, tumeurs) ou générales, surtout d'ordre ciculatoire ou sanguin (cardiopathies, athérosclérose et hypertension, — anémie pernicieuse, hémogénie et thrombopénie, leucémie, syphilis). Par contre, nous pouvons affirmer que ces causes provoquent les métrorragies dans à peu près les deux tiers des cas, et que dans les deux tiers des cas, il n'y avait pas de cancer, ni primitif ni même secondaire, ni du col, ni du corps.

Nous ne nous dissimulons nullement l'imprudence que nous avons à nous élever contre une opinion formulée par certains gy-

nécologues parmi les plus éminents. Nous nous abritons sans crainte derrière nos chiffres.

Une première objection qu'on pourrait nous faire est précisément celle de la compétence; si nous n'avions que la statistique de l'Institut d'Anatomie pathologique, on pourrait, d'ailleurs bien injustement, faire état de l'origine très disparate du matériel recueilli et objecter qu'il provient en grande partie de praticiens non spécialisés.

A nos yeux au contraire, cette raison qui pourrait être donnée est un argument en faveur de la thèse que nous soutenons. Si les maîtres éminents qui sont en même temps des interventionnistes systématiques peuvent défendre leur point de vue en soutenant que l'hystérectomie n'a pas grand inconvénient, ils seraient sans doute les premiers à ne pas vouloir en généraliser l'emploi entre toutes les mains.

Et précisément, nous avons tenu à donner séparément les deux statistiques de l'Institut d'Anatomie pathologique et de la Clinique gynécologique, à cause de la différence de recrutement du matériel. On pourra constater que ces chiffres concordent très généralement; pour éviter des recherches, nous répétons ici les pourcents:

Diagnostics histologiques	Avant la ménopause		Après la ménopause	
	I.P.S.	Cl. Gyn.	I.P.S.	Cl. Gyn.
Epithéliomas cylindriques	4,84	0,71	27,45	18,82
Epithéliomas pavimenteux	4,84	5,91	6,86	11,56
Suspects de cancers	1,87	1,50	2,28	1,35
Affections bénignes	79,68	80,45	56,86	66,47
Muqueuse déciduale	7,18	11,14	1,96	0,39
Divers	1,09	0,26	2,28	1,35
Prélèvements inutilisables	0,31	0	2,28	0
Causes sûrement bénignes additionnées	86,86	91,59	58,82	66,86

Les chiffres donnent ce résultat inattendu que les biopsies envoyées par des praticiens fournissent un pourcentage de cancer un peu plus fort que celles provenant d'un service spécialisé ! Ce n'est donc pas la compétence qui joue dans le pourcentage et nous pouvons affirmer sans hésitation que le médecin appelé à soigner une métrorragie ne doit pas mettre son point d'honneur à faire le diagnostic étiologique toujours et systématiquement en se passant du secours du microscope. Le diagnostic purement clinique est impossible dans un grand nombre de cas ; il est impossible notamment dans les cas de cancer tout à fait au début ; l'examen histologique est le seul moyen qui puisse donner une certitude quasi absolue 48 heures après la première métrorragie ; il permet de gagner du temps, et nous estimons que la précocité du diagnostic est l'arme la plus utile dans la lutte contre le cancer.

Evidemment, si l'on est décidé à enlever tous les utérus qui saignent et si on ose le faire dès la première hémorragie, il n'est plus nécessaire de porter un diagnostic, même clinique. Mais qui oserait être aussi absolu ?

Forte de nos constatations, nous voulons relever et discuter les objections qui ont été opposées au curetage diagnostique et nous ne craindrons pas de commencer notre argumentation par la discussion du travail du Prof. J.-L. Faure, puisque c'est ce travail qui a été l'origine de nos recherches.

«Lorsque le curetage est positif, lorsqu'il ne fait que confirmer l'absolue nécessité d'une opération décidée, il est inutile».

Nous considérons qu'il y a là une pétition de principe ; l'opération ne doit pas être *décidée* d'avance ; son absolue nécessité ne s'impose pas du fait de la métrorragie, mais du fait que la cause de la métrorragie est un cancer dont le diagnostic est solidement établi, et nous estimons qu'il ne l'est jamais aussi solidement par les moyens de la clinique que par celui de l'examen histologique du curetage explorateur.

«Lorsque le curetage est négatif ou douteux, il ne fait que reculer de quelques jours une opération nécessaire et par cela même il est nuisible».

Si l'on additionne, dans nos deux statistiques, les pourcentages des curetages inutilisables ou de ceux pour lesquels l'examen histologique n'a pas donné de résultat formel, on n'arrive qu'à une proportion peu élevée. Même si, par un excès de prudence qui est peut-être une témérité, l'anatomopathologiste abandonne ces femmes au bistouri de l'interventionniste, il peut en préserver beaucoup plus de la mutilation. Nous avons quelquefois trouvé trace, dans les registres de l'Institut d'Anatomie pathologique, d'examens histologiques d'utérus hystérectomisés après résultat douteux du curetage; il n'a jamais été trouvé alors de cancer, mais toujours une lésion bénigne. En cas de doute, si le curetage est bien fait et suffisant, il est probable qu'on ne risque rien à attendre et, au besoin, à faire un second prélèvement si les hémorragies ne cessent pas; mais nous admettrions facilement une opinion contraire, à savoir que, dans le doute, il vaut mieux pratiquer l'hystérectomie. En tout cas, il y a un moyen de diminuer le pourcentage de ces cas, c'est de faire de bons curetages. La preuve en est que, dans la statistique de la Clinique gynécologique, il n'y a aucun «prélèvement inutilisable».

«Lorsque, enfin, il est négatif et fait renoncer à toute opération, il est plus nuisible encore, en empêchant l'ablation d'un utérue qui, neuf fois sur dix, est cancéreux.»

Mais non! L'utérus n'est pas cancéreux neuf fois sur dix, il ne l'est que trois ou quatre fois! Le curetage n'est pas nuisible, il est bienfaisant, parce qu'il sauve du couteau 6 femmes sur 10.

Plusieurs auteurs (J.-L. Faure, Pauchet, Ducuing, Leo, Tixier et Pollosson) ont reproché au curetage de reculer l'opération. Nous estimons au contraire qu'il ne peut que la hâter. Un laboratoire d'anatomie pathologique bien outillé peut, sans aucune difficulté, donner une réponse en 48 heures, en ne travaillant que sur de bonnes coupes et avec une technique de fixation, de section

et de coloration excellente, — ce qui est indispensable, pour diminuer le plus possible les chances d'erreur de diagnostic. Nous ne pensons pas que ce délai soit préjudiciable aux malades; d'autant moins que le cancer de l'utérus est le plus souvent de malignité assez peu grande et d'évolution relativement lente. N'attend-on pas souvent aussi et plus longtemps avant d'intervenir, ou même avant d'avoir pris la décision d'intervenir?

Ne peut-on au contraire soutenir qu'il permet de lever les hésitations que doit avoir bien souvent l'interventionniste le plus convaincu et le plus intransigeant et lui donner une conviction capable de s'opposer aux atermoiements de la malade?

Nous ne voudrions pas avoir l'air de jouer sur les mots et d'ergoter sur les termes qu'emploie Jean-Louis FAURE; mais, cependant, nous pouvons dire qu'il faut moins longtemps pour attendre la réponse de l'examen histologique que pour constater qu'une métrorragie est «persistante».

Dans le même ordre d'idées, certains auteurs, LEO par exemple, ont reproché au curetage d'être une cause de dissémination des cellules cancéreuses. Ce reproche n'est certainement pas dénué de valeur, au moins théoriquement; il est bien certain qu'on doit être disposé à opérer sans aucun délai si le microscope démontre qu'il y a cancer.

Toutefois, ce danger de dissémination est peut-être plus théorique que réel; le plus souvent le cancer du corps utérin a relativement peu de tendance à envahir; bien souvent, il a déjà fait le tour de la cavité utérine sans pénétrer franchement dans le myomètre; il est déjà disséminé de lui-même (forme «diffuse»), sans posséder une très haute malignité.

Ce qui viendrait à l'appui de cette interprétation c'est l'observation que nous avons faite à plusieurs reprises; à l'Institut d'Anatomie pathologique, on cherche systématiquement à recevoir, à fin d'examen histologique complémentaire, les utérus enlevés après diagnostic histologique du curetage; au cours d'une seule année, trois de ces utérus ne montraient pas de cancer (sur une

coupe longitudinale médiane du cops), ou bien n'en montraient que des traces infimes. Naturellement, dans ces trois cas, les préparations histologiques des curetages ont été reprises et vérifiées; il n'y avait pas de doute possible quant à la réalité du cancer, mais le curetage avait enlevé la quasi totalité des tissus tumoraux.

Cette constatation apporte la preuve directe que le curetage n'est pas obligatoirement une cause de dissémination; elle montre en outre que l'examen histologique permet un diagnostic aussi précoce que possible.

Les auteurs que nous avons déjà cités (J.-L. FAURE, PAUCHET, LEO, TIXIER et POLLOSSON, etc.), ont également reproché au curetage explorateur de pouvoir être une cause d'infection ou de perforation de l'utérus.

Ces risques ne sont pas niables; ils doivent être bien rares et ne sont vraiment à redouter qu'entre des mains inexpérimentées; ce n'est pas la méthode à qui le reproche doit être adressé le plus souvent, mais à une faute de technique.

Le danger de la perforation n'existe vraiment, sauf faute lourde de l'opérateur, que dans le cas de cancer très avancé et ayant détruit la plus grande partie de l'épaisseur du myomètre; dans ces cas, peu communs en pratique, le diagnostic pourra en être fait cliniquement; si on pense devoir confirmer le diagnostic par l'examen histologique, il suffira d'un accroissement de prudence pour éviter la perforation.

On a encore reproché au curetage d'empêcher l'emploi de la voie vaginale pour l'hystérectomie; encore que la chose elle-même puisse prêter à discussion, nous n'insisterons pas sur cette question de technique qui n'entre pas dans notre sujet. En tout cas, pour l'anatomopathologiste jugeant a priori, il semble bien que l'hystérectomie vaginale ne soit pas la meilleure opération en cas de cancer et ne doive être conseillée que comme pis-aller et seulement lorsqu'il y a une contrindication technique absolue à utiliser la voie haute.

Nous ne pensons pas que les erreurs de diagnostic attribuables au curetage soient très fréquentes. Sur les centaines de cas de la Clinique gynécologique, nous n'en avons pas trouvé un seul où soit l'hystérectomie, soit l'évolution ultérieure soient venues démontrer que le microscope avait laissé échapper un cancer. A l'Institut d'Anatomie pathologique, il y a un cas malheureux où un sarcome diffus de la muqueuse utérine a été méconnu d'abord et n'a été diagnostiqué qu'à un second curetage ; il est bien certain que cette regrettable erreur a retardé de trois semaines une opération qui s'imposait ; elle n'est du reste pas à mettre au compte de la méthode, mais de l'anatomopathologiste. Il s'agissait d'ailleurs d'une femme d'une trentaine d'années et nous croyons que bien peu de chirurgiens auraient enlevé l'utérus d'emblée, sans attendre les éclaircissements de l'évolution clinique. Dans ce cas, au lieu de retarder l'opération, l'histologie aurait dû au contraire la rendre précoce.

En dehors de ce cas, nous n'en avons pas trouvé d'autre démontrant une erreur du microscope ; cela constitue la négation d'une autre affirmation théorique de J.-L. Faure, à savoir que la curette peut passer à côté du cancer et induire en erreur, même avec un diagnostic histologiquement correct. Laissant de côté la statistique de la Clinique gynécologique, où les curetages sont bien faits et complets, nous n'avons pas pu relever l'existence de telles erreurs à l'Institut d'Anatomie pathologique, où parviennent naturellement des curetages très divers et dont beaucoup sont trop économiques et prélevés par une curette timide. Cette absence d'une erreur évidemment possible, peut paraître étonnante au premier abord ; elle s'explique cependant très bien parce que les «formes diffuses», dans lesquelles la muqueuse est envahie en totalité très précocement, sont beaucoup plus fréquentes que les «formes circonscrites» ; si peu que la curette enlève de tissu, c'est du tissu cancéreux.

Il n'en reste pas moins qu'il faut tout faire pour éviter cette erreur. Et cela est facile : il suffit que le curetage *explorateur* soit minutieux, complet et systématique, comme un curetage *curatif*,

et que l'examen histologique porte sur la totalité des fragments envoyés. A cela, il n'y a que des avantages, avantage pour le diagnostic, avantage pour le traitement, et ce curetage tarira bien souvent des métroragies persistantes, mais dues à des causes bénignes.

Il va sans dire que la valeur de l'examen n'est pas indéfinie; l'examen n'est valable que pour le moment où il est fait et ne permet nullement de prévoir l'avenir; une femme atteinte de métrite est plus exposée qu'une autre à voir évoluer un cancer. Cependant, une telle éventualité nous paraît rare: nous n'avons trouvé qu'une seule fois, à l'Institut d'Anatomie pathologique, une femme chez qui un premier curetage démontra l'existence d'une métrite et un second, deux ans plus tard, celle d'un épithélioma du corps. Dans un cas de ce genre d'ailleurs, la reprise ou bien le changement d'aspect des symptômes servira d'avertissement.

Nous venons de dire que, à notre avis, le curetage explorateur doit être complet. Il ne s'ensuit pas qu'il nécessite une anesthésie complète, comme l'ont prétendu certains auteurs. A la clinique gynécologique, l'anesthésie n'est employée que rarement, presque jamais chez les vieilles multipares. Si on croit devoir l'employer, il suffira de donner, avant l'intervention, une injection de pantopon, puis, au moment du curetage, de faire inhaler quelques gouttes de chlorure d'éthyle; les femmes, même les plus sensibles et les plus peureuses, ne réagissent pas. Et puis, peut-on mettre en balance l'importance d'une anesthésie même générale pour curetage avec celle qu'on ferait pour hystérectomie? Précisément, cette dernière pourra être évitée dans beaucoup de cas.

Enfin, il est bien évident que le diagnostic microscopique est le seul moyen que l'on ait de connaître la nature histologique de la tumeur. Lahm attache une grande importance pronostique aux monstruosités cellulaires et aux mitoses. Nous n'irons pas aussi loin que lui; il y a trop de choses que le microscope ne peut pas voir; il y a trop de conditions qui lui échappent en plus quand le

mode de prélèvement, par curetage, le prive des renseignement fournis par l'étude de la topographie, de l'envahissement et de l'étendue de la pénétration, sans parler des métastases toujours possibles; il faut cependant connaître à quelle variété oncologique appartient le cancer considéré; les renseignements pronostiques, tout incomplets qu'ils soient, ne doivent pourtant pas être négligés, et surtout c'est le microscope qui seul peut guider dans le choix du traitement thérapeutique: chirurgie ou radiothérapie.

Pour toutes les raisons que nous venons d'exposer, nous osons nous élever contre l'affirmation des chirurgiens interventionnistes pour lesquels l'apparition de métrorragies après la ménopause est une indication formelle à l'hystérectomie. Si ces maîtres éminents pouvaient opposer à nos chiffres des statistiques démontrant que les utérus extirpés étaient effectivement cancéreux dans une proportion voisine de celle qu'ils indiquent ,même alors nous nous dresserions contre leur injonction interventionniste. Il n'est pas possible, s'ils ont une pareille statistique, qu'ils opèrent *tous* les cas de métrorragies, sans distinction, sans sélection diagnostique, et nous ne pourrions qu'admirer la sûreté et la précision de leurs examens cliniques, — mais nous persisterions à considérer leur affirmation comme dangereuse. Dangereuse parce qu'elle conduirait les praticiens à des interventions inutiles, dangereuse parce que ces opérations risqueraient de n'être pas aussi inoffensives que lorsqu'elles sont pratiquées par ces personnalités exceptionnelles.

Nous comprenons parfaitement dans quel sens cette affirmation a été lancée: émus par le nombre relativement élevé des cancers inopérables qui leur arrive, les maîtres dont nous parlons ont voulu avertir la masse des femmes du danger qu'elles courent à négliger un symptôme dont elles peuvent méconnaître l'importance capitale. Mais cette phrase est trop tranchante; elle en devient elle aussi dangereuse. A notre avis, il ne faut pas dire: «Lorsqu'une femme qui n'a plus ses règles voit apparaître d'une façon continue des écoulements de sang, il y a neuf chances sur dix, si elle n'a rien au col, pour que ces écoulements anormaux soient dûs

à un cancer du corps utérin», il faut dire: «Toute métrorragie passé la ménopause est un signe important qui peut être dû à un cancer utérin. Celui-ci doit être recehrché par tous les moyens, dès l'apparition de la métrorragie, sans aucune attente, même et surtout sans l'attente nécessaire pour savoir si la métrorragie sera continue. Parmi ces moyens, le plus sûr consiste à faire un curetage et à en pratiquer l'examen histologique».

Avec cette conduite, qui n'a pas d'inconvénient grave ou inévitable, on pourra opérer en réduisant au minimum les erreurs diagnostiques; on pourra se dispenser d'imposer à des femmes une sorte de loterie qui ne manquerait pas de leur paraître odieuse, ... si elles éatient informées. Et c'est bien une loterie que d'enlever tous les utérus qui saignent après la ménopause, en admettant qu'il y en a 10% de non cancéreux, mais en ne sachant pas lesquels; — et ce n'est pas 10%, mais bien 60% qui ne relèvent pas d'une hystérectomie! — C'est bien une loterie que de faire toutes ces opérations graves «quitte à enlever parfois un utérus non cancéreux, mais toujours suspect» (DAMBRIN). Voilà une singulière affirmation, alors qu'il est si simple de cureter pour supprimer tout caractère suspect à peu près dans tous les cas!

Cette loterie doit être supprimée, d'autant plus que son enjeu est une opération qui est assez considérable pour qu'on cherche à l'éviter .L'angoisse qu'éprouvent à l'avance la plupart des malades, les douleurs pendant plusieurs jours, douleurs de l'opération et des pansements, la cicatrice et la mutilation, — toutes les femmes de cinquante ans ne sont pas de «vieilles femmes» — les adhérences intestinales qui sont de véritables petites infirmités pour beaucoup d'anciennes laparotomisées, tous ces inconvénients, même petits mais additionnés, vaudraient qu'on cherchât à réduire le nombre des hystérectomies, même si l'opération était parfaitement bénigne. Qui oserait le soutenir? Qui oserait affirmer que le risque mortel est inférieur à 10%?

Ce seul calcul doit indiquer la doctrine à adopter. C'est celle de MM. MURET (1), PETIT-DUTAILLIS (16), STIERLIN)17), NOVAK, TIETZE et MAYER (24), VIOLET (22), GLAUSER (23), SCHIFF-

MANN (10), NEUMANN, BENTHIN (3), BURGER (28) et bien d'autres auxquels viennent se joindre REEB et Louis GERY. Comme eux, nous considérons le curetage explorateur dans toutes les métrorragies, aussi bien après la ménopause qu'avant, non seulement comme utile, mais encore comme presque toujours indispensable.

CONCLUSIONS.

1. — Plusieurs auteurs ayant affirmer que les métrorragies après la ménopause sont dues au cancer de l'utérus dans la grande majorité des cas et conseillant l'hystérectomie systématique dans ces cas, nous nous élevons contre cette doctrine.

2. — Deux statistiques importantes, relevées d'une part à la Clinique gynécologique de Strasbourg, d'autre part à l'Institut d'Anatomie pathologique de Strasbourg, prouvent, par l'examen histologique des curetages explorateurs, que les deux tiers environ des métrorragies sont dues à des causes bénignes ne relevant en aucune façon de l'hystérectomie.

3. — L'hystérectomie étant une opération douloureuse et comportant un risque mortel non négligeable, le devoir du médecin est de l'éviter chaque fois qu'elle n'est pas absolument indispensable. Le curetage explorateur suivi d'examen histologique est le seul moyen actuel permettant avec une quasi sécurité non seulement de distinguer les cancers des autres causes d métroragies, mais encore d'en faire le diagnostic précoce et rapide, ce qui est la condition la plus favorable dans la lutte contre le cancer.

4. — Les inconvénients du curetage explorateur suivi d'examen histologique sont inexistants, ou ont été exagérés; en tout cas, ils ne peuvent pas être mis en opposition avec les immenses avantages qu'il comporte.

Vu, le Président de thèse:
GERY

Vu, le Doyen:
Pr. MERKLEN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE.

1. MURET: Des hémorragies postclimactériques. *Gyn. et Obstétrique,* T. XV, page 241, Janvier 1927.
2. ZUBRZYCKI: Uterusblutungen bei Luetischen. *Zentralblatt f. Gyn.* N° 7, page 451, Février 1928.
3. BENTHIN: Aetiologie une Kinik der korporalen Blutungen in der Menopause. *Monatschrift f. Geb. u. Gyn.* LXXX, 177-40, Octobre 1928.
4. PAUCHET: Un danger de la biopsie dans le cancer du corps utérin. *Presse Médicale,* N° 94, page 1508, Novembre 1928.
5. LÉO: De la biopsie dans le cancer du corps utérin. *Presse Méd.,* N° 96, Décembre 1928.
6. FRANKL: Zur Frage der Blutungen in der Menopause. *Zentralblatt f. Gyn.,* N° 1, page 9, Janvier 1929.
7. STEMMER (V): Klimacterische Blutungen und Kreislaufstörungen. *Zentralblatt f. Gyn.,* N° 3, page 162, Janvier 1929.
8. STEINHARDT Bianca: Zur Frage der Spätblutungen im Klimacterium. *Zentralblatt f. Gyn.,* N° 16, page 981, Avril 1929.
9. LAHM: Uterusblutungen in der Menopause. *Zentralblatt f. Gyn.,* N° 46, page 2937, 1929.
10. SCHIFFMANN (J): Postclimacterische Blutungen. *Archiv f. Gyn.,* B. 138, H. 2, S. 339, 1929.
11. ZWEIFEL et ERWIN: Die diagnostische Bedeutung der postklimacterischen Blutungen. *Berichte f. Gyn. u. Geb.,* B. 17, H. 9, S. 531, 1930.
12. LAHM: Zur Diagnose und Histogenese des Korpus Karzinomas. *Zentralblatt f. Gyn.,* N° 9, p. 566, Mars 1930.
13. FAURE (J.-L.): Les méfaits du curetage explorateur dans le cancer du corps de l'utérus. *Presse médicale,* N° 42, p. 705. Mai 1930.
14. DOUAY: Métrorragies après la ménopause par cancer de l'ovaire. *Bulletin d'Obstétrique et Gynéc., T.* XIX, N° 5, p. 340, Mai 1930.

15. Benthin: Aetiologie und Klinik der korporalen Blutungen in der Menopause. *Gynécologie et Obstértique*, T. xxii, p. 536, Juillet 1930.

16. Petit-Dutaillis (Paul): Hémorragies génitales post-ménopausiques. *Presse médicale*, N° 67, p. 1127, Août 1930.

17. Stierlin: Zur Bedeutung der Probecurettage und der Probeexcision. *Zentralblatt f. Gyn.*, N° 47, p.2999.Novembre 1930.

18. Petit-Dutaillis: Trois observations d'hémorragies génitales post-ménopausiques de pathogénies très différentes. *La Gynécologie*, Novembe 1930.

19. Davanzo: Sur quelques cas de métrorragies post-climactériques non carcinomateuses. (La clinica obstetrica fasc. 8 Août 1927). *La Gynécologie*, 1930.

20. Tixier, Pollosson et Gouillioud: A propos du cancer du corps utérin: étude clinique et statistique. *Presse médicale*, N° 90, p. 1522, Novembre 1930.

21. Zondek: Lebensbedrohliche thrombopenische Uterusblutungen. Milzextirpation. Residiv. *Zentralblatt f.Gyn.*, N° 22,1931.

22. Violet: A propos du diagnostic et du traitement du cancer du corps utérin. *La Gynécologie*, p. 664, Novembre 1931.

23. Glauser et Fiorenzo: Postklimacterische Blutungen unklarer Aetiologie. *Berichte f. Gyn. u. Geb.*, B. 20, H. 16, S. 868, 1931.

24. Tietze (K) et Mayer (Cl): Hémorragies chez les femmes de plus de 50 ans. Etude statistique. *La Gynécologie*, p. 240, Avril 1932.

25. Adler (E): Ueber postklimacterische Blutungen. *Zentralblatt f. Gyn.*, N° 37, p. 1168, Septembre 1932.

26. Ducuing: Toute femme qui perd après la ménopause a un cancer de l'utérus. *Bulletin de la Société «D'Obstértique et de Gynécologie» de Paris*, N° 8,p.607, T.xxi, Octobre 1932,

27. Burger (P): A propos des hémorragies après la ménopause et du curetage explorateur. *La Gynécologie*, p. 129, 32e année, Mars 1933.

Strasbourg 1933. — Imprimeries des Éditions Universitaires de Strasbourg.